

# ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE CIĘŻKICH URAZÓW TERMICZNYCH W PEDIATRII.

Anna Koster

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych – kierunek Ratownictwo Medyczne.  
Krakowska Akademia im Andrzeja Frycza Modrzewskiego  
w Krakowie.

Słowa kluczowe: oparzenia, oparzenia u dzieci, aspekty psychologiczne oparzeń, wsparcie psychologiczne

**STRESZCZENIE:** Wsparcie psychologiczne ofiar urazów termicznych, a także ich rodzin ma ogromny wpływ na funkcjonowanie poparzonego dziecka. Jest ono niezbędne aby pomóc dziecku walczyć z bólem i dostosować się do nowych warunków życia, a także aby pomóc rodzicom w opanowaniu poczucia winy i strachu o przyszłość. Samopoczucie i odbiór sytuacji przez rodziców wpływa na to jak z tak traumatyczną sytuacją jaką jest oparzenie radzi sobie dziecko.

Przeprowadzone badania wykazały, że wsparcie psychologiczne jest albo pomijane albo udzielane przez osoby niewykwalifikowane w tym celu.

## WSTĘP:

Oparzenie powstaje, kiedy ciepło lub żrące substancje chemiczne wchodzi w kontakt ze skórą i niszczy jej elementy morfotyczne. Według danych statystycznych rocznie w Polsce oparzeniom ulega 300-400 tysięcy osób. Szacuje się że 50-70% wszystkich oparzeń stanowią oparzenia u dzieci, a zatem w Polsce jest ich ok. 150-280 tysięcy w ciągu roku [1]. Celem podstawowych działań ratowników medycznych, którzy przybywają na miejsce zdarzenia, a także personelu szpitalnego jest podtrzymanie poszkodowanego przy życiu. Do zadań o pierwszorzędym znaczeniu w przypadkach ciężkich oparzeń należy opanowanie wstrząsu, a więc przetoczenia odpowiednich ilości płynów, zabezpieczenie rany i walka z bólem. Jednakże oparzenie to nie tylko obrażenia fizyczne, to także uraz psychiczny. Żadne inne z obrażeń nie wpływa na człowieka fizycznie i psychicznie tak bardzo jak oparzenie. Wsparcie psychologiczne ma na celu pomóc osobie która znalazła się w trudnej i nowej dla niej sytuacji, zidentyfikować problem i pomóc poszukać jego rozwiązania. To działanie psychologiczne, które ma spowodować poprawę życia pacjenta zarówno w zakresie jego funkcji psychicznych jak i emocjonalnych oraz społecznych. Osoby oparzone, którym w momencie wypadku zmienia się całe życie, a w przypadku dzieci również rodzice martwiący się o przyszłość poszkodowanych i często obwiniający się za wypadek, bardzo tego wsparcia potrzebują. Istnieje więc pilna potrzeba pomocy w rozwiązywaniu problemów natury emocjonalnej związanej z cierpieniem dziecka. Istotne jest także udzielenie dziecku pomocy w zrozumieniu nowej dla niego sytuacji i długotrwałego oraz bolesnego powrotu do zdrowia.

W związku z tym zapewnienie wsparcia psychicznego i pomoc w odnalezieniu się w nowej sytuacji musi być częścią pomocy, jaką udzielamy poszkodowanemu i jego rodzinie. Należy pamiętać, że to ratownik najczęściej jest pierwszą osobą, która ma kontakt z dzieckiem i jego rodziną bezpośrednio po wypadku. Zrozumienie problemów związanych z psychologicznym aspektem pomocy poparzonemu nieletniemu może okazać się bardzo cennym czynnikiem dotąd często pomijanym.

## CEL PRACY:

Praca ma na celu zbadanie czy rodzicom i dzieciom zostaje po oparzeniu zapewniona pomoc psychologiczna. Jeśli tak to, przez kogo i w jakiej formie. Badania miały również za zadanie odpowiedzieć na pytanie jak rodzice/rodzina traktują zdarzenie w wyniku, którego doszło do oparzenia, jako winę czy jako wypadek, oraz jak odbiera to otoczenie – znajomi, dalsza rodzina, personel szpitalny.

## MATERIAŁ:

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 12 rodziców dzieci, które uległy oparzeniu i były pacjentami CenterMed Szpital i Przychodnia w Krakowie, oraz w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie. Badania ankietowe przeprowadzono podczas lekarskich wizyt kontrolnych.

## METODA:

Do zebrania materiału badawczego posłużył anonimowy, indywidualny kwestionariusz ankiety badawczej. Pytania dotyczyły przyczyny oparzenia u dziecka, wsparcia psychologicznego, a także tego czy rodzice czują się winni lub spotkali się z opinią obciążającą ich winą za zaistniałą sytuację. Poniższy materiał został stworzony na podstawie procentowej analizy odpowiedzi na pytania.

## WYNIKI:

Badania zostały przeprowadzone wśród 8 kobiet 66,7% i 4 mężczyzn 33,3%. Największą grupę stanowili respondenci w wieku 30-40 lat – 6 osób 50%, a następnie w wieku 20-29 lat i 41-50 lat – po 3 osoby 25% dla każdej z tych grup wiekowych. Najwięcej osób badanych miało wykształcenie średnie 7 osób 58,3% a reszta – 5 osób 41,7% posiadała wykształcenie wyższe. Żaden z respondentów nie miał wykształcenia wyższego zawodowego ani podstawowego. Większość rodziców – 10 osób 83,3% była obecna podczas zdarzenia. W badanej grupie było 8 osób posiadających 2 dzieci lub więcej oraz 4 osoby posiadające 1 dziecko. (Rycina 1)

W przypadku większości ankietowanych 9 osób 75% do oparzeń doszło u dzieci poniżej 5 roku życia. Okoliczności zdarzenia w przypadku 50% dzieci to było ściągnięcie na siebie gorącego płynu na przykład herbaty wody lub zupy. Drugie 50% stanowiły wypadki przy grillu ognisku lub kominku. Dzieci prawie wszystkich osób badanych 91,7% wymagało hospitalizacji a ponad połowa (7 osób), czyli 58,3% leczenia operacyjnego. Ośmiu osobom, nie zostało udzielone wsparcie psychologiczne, chociaż jak wskazuje większość osób ankietowanych tj. 10 osób (83,3%) było im potrzebne. (Rycina 2) Dwie osoby wskazują, iż potrzebują tego wsparcia nadal, mimo iż od wypadku upłynął już jakiś czas.

W przypadku rodziców, którym wsparcia udzielono (4 osoby) byli to kapelan i pielęgniarka (po 2 osoby). Zdecydowana większość respondentów tj. 11 osób 91,7% spotkało się z opinią obciążającą za zaistniały wypadek. Najczęściej takie opinie były wygłaszane przez rodzinę (7 osób) współmałżonka (7 osób), ale także przez lekarza (4 osoby) znajomych i pielęgniarki (2

osoby). Wszyscy rodzice, nawet ci, którzy nie byli obecni podczas zdarzenia, odczuwali poczucie winy, a także obwiniali inne osoby obecne przy zdarzeniu. (Rycina 3)

#### DYSKUSJA:

Dziecko po wypadku krzyczy i płacze, przeżywa szok psychiczny, boi się bólu, a także przejmując strach od rodziców. Dlaczego tak się dzieje? Odpowiedź wynika z nagłego charakteru zdarzenia oraz faktu, że dzieci poniżej 5 roku życia nie rozumieją związków przyczynowo skutkowych, dlatego łączą inne niż normalne zachowania rodziców z chorobą, a postępowanie medyczne uważają za karę za złe lub niewłaściwe zachowanie. Mimika i gestykulacja rodziców wskazująca na przerażenie, a także jawna bezradność, które to w przypadku urazów są dość duże, może dodatkowo zwiększyć niepewność dziecka, sprawić, że stanie się niespokojne [2].

Pacjenci podlegający intensywnej terapii w wyniku oparzeń, mogą okazywać zestawienie następujących psychologicznych reakcji: szok, niepokój, zmieszanie, smutek, depresję, zaprzeczenie, strach, a także euforie spowodowaną przetrwaniem. Chory jest owładnięty strachem przed śmiercią, przed zniekształceniem ciała wynikającym z formujących się blizn, a przede wszystkim przed błędnym pojmowaniem własnego wyglądu i przekonaniem, że już nigdy nie będzie osobą pełnowartościową czy akceptowaną przez otoczenie. W przypadku dzieci ten strach przejmują także i rodzice. Zagubieniu i niepewności dotyczących dalszych losów dziecka towarzyszy strach przed operacjami, niepełnosprawnością, możliwą amputacją, bólem, czy długotrwałym procesem leczenia. Opiekunowie martwią się, że ich dziecko nie będzie w stanie właściwie się rozwijać, a także boją się reakcji otoczenia [3].

Literatura podaje, iż zaobserwowano wysoki wskaźnik poczucia winy, depresję a także niepokój stwierdzany u matek oparzonych dzieci. Należy zaznaczyć, że wszyscy członkowie rodziny, niezależnie od wieku mogą być dotknięci podobnymi problemami psychologicznymi. Odkryto także, że głównym czynnikiem mającym wpływ na psychologiczne przystosowanie dzieci dotkniętych urazem termicznym, ma reakcja rodziny i jej zdolność do wspierania dziecka. Okazywane cierpienie rodziców i ich niepokój może mieć znaczący negatywny wpływ, na zdolność dziecka do tolerowania bólu i wykonywanych procedur medycznych. Ponieważ wsparcie rodziny odgrywa tak istotną rolę w skutecznym przystosowaniu się dziecka do funkcjonowania po urazie termicznym, kluczowy wpływ na skuteczną rehabilitację może mieć zdolność zespołu leczącego oparzenia nie tylko do zmniejszenia psychicznego cierpienia rodziny, ale także do zapewnienia pewnych środków pomagających w przyszłości zająć się tym problemem. Pomocne byłoby jak się wydaje

tworzenie grup wsparcia, do których kierowani byłiby opiekunowie/rodzice bezpośrednio po urazie. Pacjent wraz z rodziną, potrzebują pomocy w zrozumieniu nowej rzeczywistości po urazie, powstałych ograniczeń powodujących zmianę dotychczasowego funkcjonowania – wymuszających zmianę dotychczasowego życia [4].

Opanowanie i przezwyciężenie różnorodnych reakcji psychologicznych osób dotkniętych ciężkim urazem termicznym, a także osób z ich otoczenia wymaga wsparcia wykwalifikowanych i dysponujących doświadczeniem psychoterapeutów. Wsparcie emocjonalne udzielone nie tylko pacjentowi, ale także rodzinie, przez konsultantów medycznych, personel szpitalny, pielęgniarki, pracowników socjalnych, psychologów i terapeutów, musi być dostosowane do różnych problemów psychologicznych, które pojawiają się w trakcie i po leczeniu.

#### PODSUMOWANIE:

W rehabilitacji znaczenie ma powierzchnia i stopień oparzenia oraz część ciała, jaka oparzeniu uległa. Jakość życia uwarunkowana jest nie tylko sprawnością fizyczną i wyglądem, lecz także stanem psychicznym pacjenta. Aby dziecko mogło prawidłowo się rozwijać i poradzić sobie ze skutkami oparzenia potrzebuje wsparcia rodziny. Musimy, więc zadbać o stan psychiczny rodziców – pomóc im zwalczyć poczucie winy, aby byli w stanie wspierać swoje dziecko [5].

Uwzględnianie opieki psychologicznej, jako elementu skojarzonego leczenia całego człowieka, a nie skupieniu się wyłącznie na fizykalnych aspektach ratowania w wielu przypadkach jest jedyną metodą pozwalającą by poszkodowany mógł powrócić do normalnego funkcjonowania, a dziecko mogło rozwijać się prawidłowo. A zatem właściwie ukierunkowana terapia działa jak łącznik pomiędzy działaniami doraźnymi – ratowanie pacjenta tuż po urazie, a całkowitym powrotem do normalnego funkcjonowania.

#### WNIOSKI:

1. Wsparcie psychiczne odgrywa bardzo ważną rolę w powrocie do zdrowia dziecka, a także w późniejszym funkcjonowaniu rodziny.
2. Tylko co 4 dziecko i co 3 jego opiekun otrzymali wsparcie psychologiczne. Jednak w każdym przypadku nie było to wsparcie profesjonalne zapewnione przez psychologa, a jedynie rozmowa z pielęgniarką lub kapłanem.
3. Wsparcie psychologiczne jest potrzebne gdyż rodzice są obwiniani za wypadek, również sami siebie obwiniają. Bez odpowiedniej pomocy są skazani na życie z poczuciem winy.
4. Niezbędne jest poprawienie, a w większości przypadków wprowadzenie opieki psychologicznej kierowanej do opiekunów i rodziców chorych.

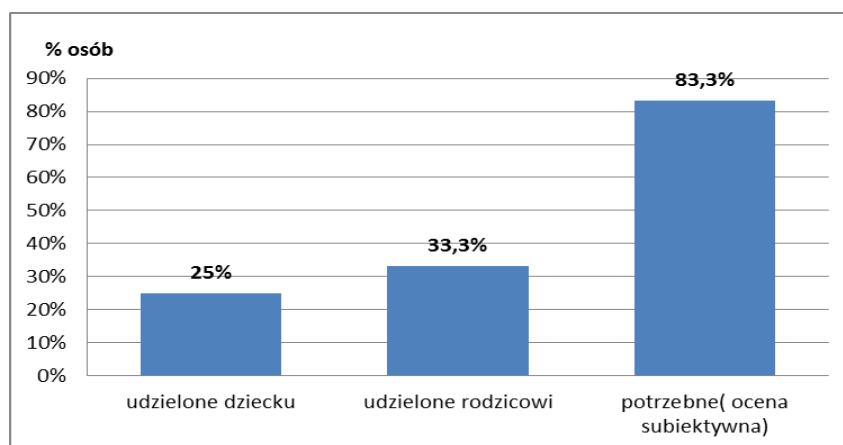
## PIŚMIENNICTWO:

1. Kaźmierski M, Mańkowski P, Jankowski A. Rola lekarza rodzinnego w leczeniu oparzeń. Magazyn Medyczny. Lekarz Rodzinny 2002; 11: 34.
2. [www.physis-web.de/Dateien/Fortbildungsskripte/Psychologie%20und%20Sozialp%E4dagogik/TraumaerlebnisVerbrennungenKindern.pdf](http://www.physis-web.de/Dateien/Fortbildungsskripte/Psychologie%20und%20Sozialp%E4dagogik/TraumaerlebnisVerbrennungenKindern.pdf)
3. Partridge J., Robinson E.: Psychological and social aspects of burns. Burns, 1995, 21, 453-457
4. Rivlin E. The psychological trauma and management of severe burns in children and adolescents. Br J Hosp Med 1988; 40: 210-215.
5. <http://www.verbrennungsmedizin.de/leitlinien-rehabilitation-brandverletzter.php>
6. Hurren J.S.: Rehabilitation of the burned patient.: James Laying Memorial Essay for 1993. Burns, 1995, 21, 116-126.
7. Xiao J., Cai B.R.: Functional and occupational outcome in patients surviving massive burns. Burns, 1995, 21, 415–421
8. Puchała J., Spodaryk M., Jarosz J.: Oparzenia u dzieci od urazu do wyleczenia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998.

Ryc. 1. Charakterystyka grupy badawczej

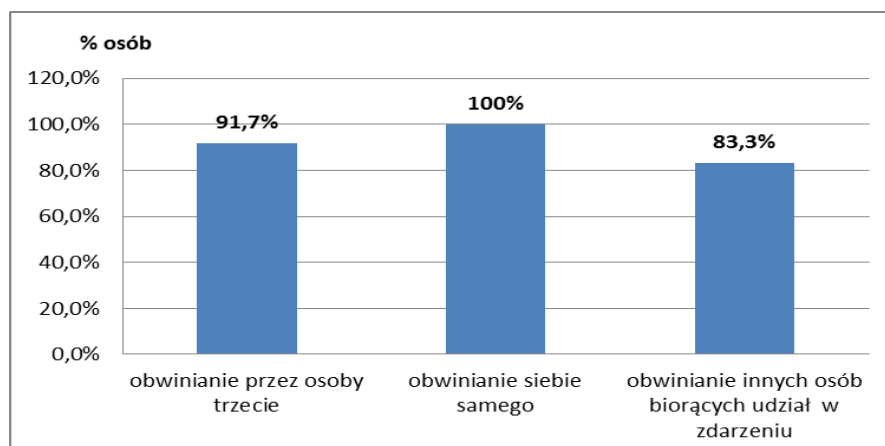
Charakterystyka grupy badawczej		Ogółem	
		liczba osób-12	%
Wiek w latach	20-29	3	25%
	30-40	6	50%
	41-50	3	25%
Wykształcenie	średnie	7	58,3%
	wyższe	5	41,7%
Liczba dzieci	1	4	33,3%
	2	6	50%
	więcej	2	16,70%

Ryc. 2. Analiza oceny wsparcia psychologicznego



\*Wyniki się nie sumują, gdyż dane zebrane z kilku pytań

Ryc. 3. Poczucie winy u rodziców/opiekunów oraz analiza obwiniania za zaistniały uraz termiczny.



\*Wyniki się nie sumują, gdyż dane zebrane z kilku pytań



ANEKS:

Szanowni Państwo!

Nazywam się Anna Koster, jestem studentką trzeciego roku Ratownictwa Medycznego na Akademii Krakowskiej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

**Przedstawiona Państwu ANKIETA jest anonimowa i dobrowolna**, posłuży wyłącznie do napisania artykułu licencjackiego – będącego częścią egzaminu dyplomowego.

Ankieta służy wyłącznie celom badawczym, oświadczam, że nie będzie udostępniana osobom trzecim ani wykorzystywana w innym niż artykuł celu.

Po zakończeniu prac i opublikowaniu wyników – ankiety zostaną komisyjnie zniszczone.

Serdecznie dziękuję za przychylność, pomoc i poświęcenie czasu na udzielenie odpowiedzi.

## **ANKIETA**

### **ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE CIĘŻKICH URAZÓW TERMICZNYCH W PEDIATRII.**

**1. Ile ma Pan(i) lat?**

.....  
.....

**2. Płeć**

- ☐ Kobieta
- ☐ Mężczyzna

**3. Wykształcenie**

- ☐ Podstawowe
- ☐ Zasadnicze zawodowe
- ☐ Średnie
- ☐ Wyższe

**4. W jakim wieku został(a) Pan(i) rodzicem?**

- ☐ < 25lat
- ☐ 25-30 lat
- ☐ 30-35 lat
- ☐ 35-40 lat
- ☐ >40 lat

**5. Ile ma Pan(i) dzieci?**

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ Więcej.....(Ile?)

**6. Proszę opisać, w jakiej sytuacji Pani/Pana dziecko uległo oparzeniu?**

Np. pożar mieszkania, oblanie się podpalką do grilla, herbatą, zabawa zapalkami, itp.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7. Czy był(a) Pan(i) obecna przy tym zdarzeniu?**

- ☐ Tak  
☐ Nie

**8. W jakim wieku (lata) dziecko uległo oparzeniu?**

.....  
.....

**9. Jaki czas minął od wypadku, w którym dziecko uległo oparzeniu?**

- ☐ <6 miesięcy  
☐ 6 miesięcy – 1 roku  
☐ 2 lata  
☐ 3 lata  
☐ Więcej – proszę wpisać  
ile.....

**10. Ile procent powierzchni ciała i w jakim stopniu uległo oparzeniu?**

Proszę wpisać stopień oparzenia( II, II/III, III, IV).....

- ☐ < 5%  
☐ 10-15%  
☐ 16-20%  
☐ 21-30%  
☐ 31-40%  
☐ 41-60%  
☐ >60%

**11. Ile trwał pobyt dziecka w szpitalu?**

- ☐ < 3tygodnie  
☐ 3-4 tygodni  
☐ 5-8 tygodni  
☐ 9-12 tygodni  
☐ >12 tygodni

**12. Czy konieczne było leczenie operacyjne?**

- ☐ Nie
- ☐ Tak, (jakie?).....  
.....  
.....

**13. Czy Pani/ Pana dziecko nadal wymaga rehabilitacji?**

- ☐ Tak
- ☐ Nie

**14. Czy po zdarzeniu Pani/Panu zostało zapewnione wsparcie psychologiczne?**

- ☐ Tak
- ☐ Nie

**15. Jeżeli tak – proszę odpowiedzieć, kto udzielił Pani/Panu wsparcia psychologicznego?**

- ☐ Lekarz
- ☐ Pielęgniarka
- ☐ Psycholog
- ☐ Kapelan szpitalny
- ☐ Inna osoba, proszę wymienić, kto?.....

**16. Czy Pan(i) wymagał(a) opieki psychologa/psychoterapeuty?**

- ☐ Tak
- ☐ Nie

**17. Czy obecnie widzą Państwo potrzebę wsparcia psychologicznego/psychoterapii?**

- ☐ Tak
- ☐ Nie

**18. Czy Pani/Pana dziecko znajduje się pod opieką psychologa/psychoterapeuty?**

- ☐ Tak
- ☐ Nie

**19. Czy spotkał(a) się Pan(i) z opinią obciążającą Pana/Panią winą za zaistniały wypadek?**

- ☐ Tak
- ☐ Nie

**20. Jeżeli tak proszę odpowiedzieć: Z czyjej strony spotkał(a) się Pan(i) z zarzutami odpowiedzialności za wypadek?**

**Uwaga:** Można wypełnić więcej niż jedną odpowiedź

- ☐ Ratownika medycznego
- ☐ Lekarza
- ☐ Pielęgniarki
- ☐ Innego personelu medycznego
- ☐ Współmałżonka
- ☐ Rodziny
- ☐ Znajomych

**21. Czy odczuwa Pan(i) winę za zaistniały wypadek?**

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Raczej tak
- ☐ Raczej nie

**22. Czy Pan(i) kiedykolwiek obwinił/obwiniła siebie lub bliskich o zaistniałą sytuację?**

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Raczej nie

**23. Czy stwierdza Pani/Pan zaburzenia funkcjonowania dziecka w grupie rówieśniczej?**

- ☐ Tak
- ☐ Nie

**24. Czy uważa Pan(i) że zaistniała sytuacja wpłynie na przyszłość Pani/Pana dziecka?**

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie wiem